

Zytologie - Gastroenterologie

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ/Ort:
AHVN13: _____

Geschlecht: Mann Frau

 ambulant stationär

Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. P. Mosler | <input type="checkbox"/> Dr. J. Gluch |
| <input type="checkbox"/> Dr. R. Heimgartner | <input type="checkbox"/> Dr. S. Brunner |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Batusic | <input type="checkbox"/> Dr. Z. Virányi |
| <input type="checkbox"/> Dr. F. Cagienard | <input type="checkbox"/> Dr. C. Bretschneider |

Krankenkasse:
Versicherten-Nr.:
Entnahmedatum/-zeit:
Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

Klinische Angaben / Diagnosen / bisherige Therapie / Fragestellung

 Schnellbeurteilung Telefon-Nr.:

Lokalisation/Art des Materials (z.B. FNP, Bürste):
Vom Institut für Pathologie auszufüllen:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	

Für Zeichnungen und weitere Angaben bitte Rückseite benutzen!